

■ 技术·思维

难治性头颈部出血的介入治疗

□李臻 李鑫 吴白露 文/图



造影显示颈内动脉起始部巨大假性动脉瘤

头颈部出血常见于肿瘤、动静脉畸形、凝血功能异常、医源性损伤或外伤等。当药物静脉滴注、局部压迫、鼻腔填塞、电凝等传统方法难以奏效时，即为难治性头颈部出血。难治性头颈部出血的临床表现为失血性休克、窒息、甚至呼吸、循环衰竭等。通过血管造影，能迅速确定疾病性质和部位，明确靶血管的血流动力学改变，然后选择合适的栓塞剂和栓塞方法，迅速止血，挽救患者的生命。

对于难治性头颈部出血，如何进行介入治疗？

1. 术前准备：心电监护、吸氧、准备吸引器及气管插管等急救设施。

2. 介入手术操作：常规行右腹股沟区消毒并规范铺巾，局部麻醉，采用改良 Seldinger 技术（一种经皮血管穿刺插管技术）穿刺股动脉，引入导丝和导管后进行主动脉搏弓高压造影，交换引入椎动脉导管后进行颈内、颈外动脉及锁骨下动脉造影，以明确颅内、颅外动脉是否存在危险吻合支。根据选择性动脉造影结果及术前影像学资料，引入微导管系统超选造影，进一步明确责任血管及其血流动力学改变和侧支循环等。颈外动脉及锁骨下动脉分支栓塞，采用超选择插管以低压流控法注入栓塞剂，单独或联合使用聚乙烯醇（PVA）颗粒、明胶海绵、微球或弹簧圈；颈内动脉栓塞前，须进行颈动脉球囊闭塞试验（BOT），评估 Willis 环（位于脑底部的一个动脉环）的代偿情况。假性动脉瘤的治疗可选择覆膜支架腔内隔绝术或载瘤动脉/瘤腔栓塞术。血管畸形的治疗可选择靶动脉栓

塞止血或联合经皮穿刺无水乙醇栓塞畸形血管团。

头颈部的血管丰富而复杂。由于破溃的头颈部血管往往位置深在，尤其是放疗后肿瘤广泛糜烂、血管脆性增加，外科解剖入路较窄，出血又会干扰术野，因此应用传统的治疗方法往往难以奏效。

血管腔内治疗技术（支架/栓塞）有以下优势：

1. 血管造影可精确定位靶血管，在精准治疗的同时不影响周围正常组织。

2. 微创、有效、可重复。

3. 外科根治术前辅助介入栓塞，可减少术中出血，提高外科切除率。

介入止血的效果通常由栓塞剂种类、医生的栓塞水平、栓塞方法及靶器官的状态等因素决定。头颈部血管解剖变异较为常见，颈内、颈外动脉间存在危险吻合支，这是介入治疗的主要风险来源与技术挑战。

目前，头颈部肿瘤的治疗以外科手术、放疗为主。放疗易加重肿瘤局部破溃、糜烂及放疗后肿瘤血管裸露和坏死性血管炎等。化疗后，血管内膜损伤及局部感染等因素是头颈部肿瘤反复出血的重要因素。靶向药物会破坏血管内皮的完整性，亦是头颈部肿瘤出血的重要因素之一。对于恶性肿瘤性出血，建议采用永久性栓塞剂，如 PVA 颗粒、微球等，止血兼顾治疗原发病，栓塞终点以靶血管造影剂滞留为宜。当患者的血流动力学稳定时，栓塞前灌注敏感的化疗药物，可提高疗效。对于血供丰富的恶性肿瘤，载瘤动脉/瘤腔栓塞亦是止血和姑息性治疗的重要手段之一。非必要时，如明显对比剂外溢、

假性动脉瘤形成，不建议使用弹簧圈致密栓塞靶血管，避免阻断恶性肿瘤再次介入治疗时的通路。对于良性肿瘤性出血，可采用明胶海绵颗粒栓塞供血动脉，止血后可明显减少外科手术中出血，廓清术野，有利于术中完整切除肿瘤，降低手术难度。

头颈部动静脉畸形因异常血管生成及侧支循环建立，其病程具有进展性、侵袭性及破坏性等特点，发生破溃时出血量大，出血速度快。临床共识认为，畸形血管团去内皮化是介入治疗的核心，栓塞材料优

选末梢性栓塞剂，如无水乙醇、医用胶或聚桂醇等。弹簧圈栓塞供血动脉仅适用于急性大出血或限流。单纯以弹簧圈致密栓塞供血动脉，往往术后短期内出血复发，且易形成更加复杂的血管网络。无水乙醇具有强烈的血管内皮破坏作用，可快速促使血清蛋白变性和血栓形成，同时其引起的异位栓塞、皮肤和神经损伤等并发症发生率约 20% 左右。头颈部动静脉畸形通常血流量较大，引流静脉常直接沟通颈内、颈外静脉。因此，直接经皮穿刺注射无水乙醇、经动脉或静脉弹簧

圈栓塞限流等多种通路技术联合应用更为安全有效。据文献报道，适当稀释无水乙醇，可有效降低皮肤损伤等并发症的发生率。

对于无基础病变的出血，如特发性鼻出血，建议采用明胶海绵栓塞至小动脉水平。明胶海绵可被人体吸收，能有效避免远端组织缺血性坏死，栓塞终点以靶血管造影时可见血流缓慢为宜，降低远端管腔压力即可止血。在临床实践中，如何栓塞靶血管需要灵活处理。比如，对肿瘤出血可采用永久性栓塞剂，但若肿瘤已广泛糜烂、破溃，末梢性栓塞剂反而会加重肿瘤糜烂，再出血概率较高，应以明胶海绵或辅以弹簧圈优先止血为主要目的。

在介入术中应避免误伤脑血管。一般认为，颈内、颈外动脉潜在吻合支的管径为 50 微米~80 微米，因此推荐颗粒栓塞剂直径应大于 150 微米，临床上一般采用直径 300 微米以上的颗粒栓塞剂。当血流动力学不明时，安全起见，应首选弹簧圈栓塞。此外，常规行双侧颈内、颈外动脉造影，有助于排除危险吻合支的存在。

总之，介入治疗难治性头颈部出血安全有效，并发症较少，有助于挽救危重患者的生命。

（作者供职于郑州大学第一附属医院东区介入一病区）



覆膜支架植入术后，造影显示假性动脉瘤消失，颈内动脉通畅

■ 临床笔记

前段时间，患者张某某以下颌部疼痛为主诉，找我看病。他曾得过三叉神经痛，保守治疗后疼痛消失。1个月前，他出现下颌部疼痛，每天发作1次~2次，每次持续10分钟~15分钟。入院时，他说自己是三叉神经痛复发导致的下颌部疼痛。但是，在详细问诊和专科检查后，我认为他得的不是三叉神经痛，应该是冠心病心绞痛导致的下颌部疼痛。之后，他被转诊至心内科。

治疗疼痛的第一步是什么？诊断！准确诊断是治疗的基石。诊断清楚了，治疗起来才能事半功倍。很多疼痛治疗效果不佳，很有可能与诊断错误有关。

我每年都会遇到以为是腰椎间盘突出导致腰腿痛的患者。在这些患者中，有的做了手术后腰腿痛不见好转，进一步检查发现是恶性肿瘤骨转移导致的。

很多患者，甚至有些医生，都会犯一类错误，那就是以为头痛就是头部原因导致的，腰腿痛就是腰椎间盘突出导致的，“头痛医头，脚痛医脚”，从而导致大问题。实际上，头痛也有可能是颈部原因导致的（颈源性头痛）；下肢痛也有可能是颈椎管内病变压迫导致的。

对于疼痛医生来说，不能本末倒置，重治疗，轻诊断，而应该先明确诊断，之后再根据详细的诊断结果确定最佳的治疗方案。比如，对于癌痛患者，治疗前需分两步明确诊断：1. 病因分类。肿瘤直接侵犯、治疗相关损伤（如化疗引起的神经炎）、肿瘤直接影响（如免疫力下降继发感染）或非肿瘤因素。2. 机制分类。进一步区分疼痛类型（如神经病理性疼痛、内脏伤害性疼痛、躯体伤害性疼痛）。确诊后，进行个体化镇痛。

疼痛的诊断，需综合疼痛部位、时间、性质、程度、诱发/缓解因素、伴随症状及心理社会影响，结合体格检查和辅助检查，避免误诊。对于反复发作或者反复治疗效果不佳的疼痛患者，要从多个维度考虑，而这很考验医生的技术和水平。

（作者供职于河南省肿瘤医院）

疼痛的诊断并非一件简单的事

□谢广伦

征稿

科室开展的新技术，在临床工作中积累的心得体会，对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学影像》等，请您关注，并期待您提供稿件。

稿件要求：言之有物，可以为同行提供借鉴，或有助于业界交流学习。文章可搭配1张~3张医学影像图片，以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

电话：16799911313

投稿邮箱：337852179@qq.com

邮编：450046

地址：郑州市金水东路河南省卫生健康委8楼医药卫生报社总编室

从误诊脑梗死到确诊帕金森病

——一例典型病例带来的诊疗提示与临床思考

□李向前

这是一例长期被误诊为脑梗死的帕金森病病例。这个病例提示临床医生，需要重视病史采集与体格检查，避免过度依赖影像学检查结果。希望这个病例能为帕金森病的早期诊断与综合治疗提供参考。

病例介绍

患者郭某，女性，62岁，因“双下肢无力2年，进行性加重伴反复跌倒”就诊。患者2年前无明显诱因出现双下肢无力，逐渐发展为步态不稳、肢体僵硬，日常生活能力显著下降，并伴有焦虑情绪。患者在外院多次做头颅MRI（磁共振成像）检查，结果均显示多发腔隙性缺血灶，被诊断为脑梗死。患者接受抗血小板、改善循环等治疗，但症状持续恶化，最终丧失独立行走能力，需轮椅代步。

患者被转诊至我院后，脑病

科团队重新评估病情，发现以下关键临床特征：

1. 典型体征

面具脸：面部表情减少，眨眼频率降低。

静止性震颤：左侧上肢在放松状态下出现4赫兹~6赫兹的搓丸样震颤。

肌强直：四肢呈齿轮样阻力，伴运动迟缓。

姿势平衡障碍：转身困难，步态拖曳，易跌倒。

2. 病史特点

症状呈渐进性发展，无急性卒中病史。无高血压、糖尿病等脑血管病高危因素。抗血小板治疗无效，且症状与典型脑梗死不符。

诊断与鉴别诊断

1. 帕金森病的诊断依据

根据《中国帕金森病诊断标准（2023版）》，患者符合以下核

心标准：

运动迟缓（刷牙、穿衣等日常动作缓慢）。

至少有一项以下表现：静止性震颤、肌强直。

排除标准：无卒中病史，无抗精神病药物使用史等。

支持标准：左旋多巴负荷试验阳性。

2. 帕金森病与脑梗死的鉴别要点（见表1）

3. 误诊原因分析

影像学资料误导：老年患者常存在无症状性脑缺血灶，易被误认为是责任病灶。

思维定式：运动障碍症状被简单地归因于脑血管病。

病史采集不足：未充分关注非运动症状（如焦虑、嗅觉减退）。

4. 治疗策略与疗效观察

1. 西药治疗

左旋多巴（美多芭）：从小剂量起始，逐步滴定至有效剂量。

多巴胺受体激动剂（普拉克索）：改善运动症状，延缓剂末现象。

随访调整：根据症状波动，优化用药方案。

2. 中医干预

针灸：取风池穴、百会穴、阳陵泉穴，调节经络气血。

平衡火罐疗法：沿膀胱经走罐，缓解肌强直。

中药辅助：给予活血化瘀、舒筋通络方剂。

3. 疗效评估

治疗3个月后，患者的症状显著改善。

运动功能：Hoehn-Yahr 分级（霍亚分级）从Ⅲ级降至Ⅱ级，可独立行走。

生活质量：日常生活能力评

分（ADL）提高40%。

情绪状态：焦虑评分下降50%。

讨论与启示

1. 思维的重塑

对老年运动障碍患者，需优先考虑帕金森病，而非仅凭影像学资料下结论；强调“病史+体征+治疗反应”的综合判断。

2. 中西医结合

西药针对多巴胺能系统，快速改善症状；中医通过整体调节，减少西药的副作用，提高长期疗效。

3. 临床建议

对疑似病例进行“画螺旋线测试”或“手指敲击试验”筛查。

疗效不佳时，及时重新评估，进行诊断。

本病例的诊断和治疗，提示临床医生需避免“影像优先”的思维定式，同时体现了中西

医结合在帕金森病管理中的价值。

需要注意的是，精准诊断与个体化治疗是改善患者预后

的关键。

（作者供职于北京中医药大学东直门医院洛阳医院脑病科）

特征

帕金森病

脑梗死

起病形式

隐性、渐进性

急性或亚急性

震颤特点

静止性，4赫兹~6赫兹

罕见，多为动作性

肌张力

齿轮样/铅管样强直

痉挛性瘫痪（锥体束征阳性）

影像学

无特异性改变

责任病灶（弥散加权成像高信号）

治疗反应

多巴胺能药物有效

抗血小板/溶栓有效